



La chirurgie bariatrique a-t-elle un impact sur la mortalité/morbidité vasculaire ?

Article de référence

Siöstrom L, Lindroos A, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carisson Biörn et coll. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. The SOS study (Swedish Obese Subjects) N Engl Med, décembre 2004; 351 : 2683-93.

Résumé

Objectif

Évaluer l'efficacité à 10 ans de la chirurgie bariatrique.

Conception

Étude de cohorte prospective avec groupe témoin.

Contexte

Göteborg, Suède.

Participants

Entre septembre 1987 et novembre 2000, parmi 4047 sujets obèses (IMC >34 chez les hommes et >38 chez les femmes), 2010 ont été opérés et 2037 ont reçu le traitement médical habituel.

Intervention

Les 2010 patients opérés ont subi une des 3 interventions suivantes : l'anneau de restriction gastrique (ajustable ou fixe), la gastroplastie verticale classique et la chirurgie de dérivation (*by-pass*).

Les 2037 patients du groupe témoin ont été pairés selon 18 variables (dont le sexe, l'âge, le poids et la taille). Le suivi médical était standard et aucune médication anorexigène n'a été employée.

Aucun des deux groupes n'a bénéficié d'une thérapie psychologique ou d'un entraînement physique particulier. Le suivi à deux ans a été complété par 92 % des patients du groupe chirurgie et 81 % du groupe témoin. Dans le groupe suivi à 10 ans, 75,3 % des patients opérés ont terminé l'étude comparé à 73,6 % dans le groupe témoin.

Mesure de résultats

Mesure principale : mortalité. Mesures secondaires : différence entre les deux groupes en ce qui a trait à la variation moyenne de poids, aux paramètres biologiques (glycémie, bilan lipidique, tension artérielle), à l'incidence de comorbidités (diabète, HTA, dyslipidémie), aux modifications des habitudes de vie (nombre de calories ingérées, activité physique).

Résultats

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui a trait à la mortalité.

À deux ans, le poids moyen avait augmenté de 0,1 % dans le groupe témoin et il avait diminué de 23,4 % dans le groupe chirurgie ($p < 0,001$), alors qu'à 10 ans, le groupe chirurgie maintenait une perte de poids de 16,1 % comparé à un gain de 1,6 % dans le groupe témoin ($p < 0,001$). Les sujets opérés ingéraient moins de calories et étaient physiquement plus actifs que ceux du groupe témoin et cette différence s'est maintenu tout au long de l'étude. À 2 ans et à 10 ans, les paramètres mesurés tels le diabète, l'hypertriglycéridémie, le taux bas de HDL, l'hypertension artérielle et l'hyperuricémie étaient favorables dans le groupe chirurgie. Par contre, le cholestérol total ne s'était pas abaissé de façon significative.

Enfin, moins d'obèses sont devenus diabétiques, hypertriglycéridémiques ou hyperuricémiques dans le groupe chirurgie. L'incidence (nouveaux cas) de dyslipidémie et d'hypertension artérielle était comparable dans les deux groupes.

Conclusion

La chirurgie bariatrique semble être une option thérapeutique intéressante dans le traitement de l'obésité morbide. La perte de poids à long terme, les changements dans les habitudes de vie, l'amélioration des paramètres biologiques et la diminution de l'incidence de certaines comorbidités sont plus importantes que chez les sujets non opérés.

Commentaire

Comme nous travaillons au centre de référence de ce type de chirurgie pour l'est du Québec, cette étude d'observation à long terme avec un groupe témoin nous paraît extrêmement intéressante. En fait, SOS Study est la plus importante étude de suivi post-chirurgie bariatrique. Les patients étaient répartis de façon séquentielle dans le groupe suivi à 2 ans ou dans le groupe suivi à 10 ans. Chaque groupe était divisé entre les traitements chirurgical ou médical.

Les auteurs ont tenu compte de 18 variables différentes afin d'obtenir un groupe témoin le plus similaire possible au groupe chirurgie. Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne les caractéristiques principales. Il s'agit majoritairement de femmes (deux tiers), âgées en moyenne de 47 ans dont l'IMC moyen est de 41. Les patients du groupe chirurgie étaient légèrement plus lourds et l'âge moyen était de 1,3 an plus jeune. Malgré le nombre assez élevé de patients dont on a perdu la trace dans le groupe témoin (18,5 % dans le suivi à 2 ans et 26,4 % à 10 ans), les auteurs ont utilisé les dernières données en main pour refaire les calculs et cela ne changeait pas les résultats.

On a vérifié chaque variable pouvant influencer les résultats. Aucune d'entre elles ne semble modifier les résultats. Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés avec des p à 5 % des deux côtés de la courbe. L'analyse statistique semble honnête et standard.

Il est décevant par contre que l'on nous parle à peine de la mortalité totale, alors qu'il s'agit de la principale mesure de résultat. En fait, l'étude se poursuit, car il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à la mortalité totale.

Une des principales difficultés d'interprétation de l'étude est que le groupe chirurgical est composé de trois chirurgies différentes. L'étude révèle que la chirurgie de type *by-pass* est plus efficace pour réduire le poids que les deux autres chirurgies qui ne réduisent que la capacité gastrique sans créer de malabsorption. Les patients dont l'IMC est supérieur à 40 semblent retirer plus d'avantages de la chirurgie. Deux revues systématiques récentes vont dans le même sens^{1, 2}.

Le regroupement des trois opérations dilue les résultats de la chirurgie bariatrique qui, s'ils étaient pris séparément, nous paraîtraient beaucoup plus significatifs. De plus, la population étudiée a un IMC beaucoup plus bas (personnes moins obèses) et les sujets sont en moyenne plus jeunes que ceux opérés dans notre milieu. Présentement, les patients opérés présentent plus de comorbidités que ce que l'on retrouve dans cette étude. Selon les données fondées sur des séries de cas, il semble que la chirurgie change d'autant plus la morbidité des patients si, au départ, ils sont plus malades ou s'ils ont plusieurs facteurs de risque.

En résumé, cette étude de cohorte de bonne qualité montre que la chirurgie bariatrique est plus efficace à long terme que le traitement habituel pour diminuer le poids, améliorer certains paramètres biologiques et prévenir l'apparition de certains problèmes de santé.

Référence

¹. JAMA 2004; 292 : 1724-37.

². Annals of Intern Med 2005; 5 avril 547-59.

Équipe de rédaction de l'UMF Laval

Dr Michèle Aubin
Dr Jean-Marie Auger
Dr Stéphane Rioux
Dr Danielle Saucier

Comité de révision

Dr Michel Labrecque, coordonnateur
Dr Michel Cauchon, coordonnateur adjoint
Dr Michèle Aubin
Dr Sylvie Dodin
Dr Pierre Frémont
Dr France Légaré
Dr Isabelle Marc
Dr Julien Poitras

Faites-nous part de vos commentaires

Toute correspondance doit être adressée à :
L'actualité médicale
« Critique et pratique »
1200, avenue McGill College,
bureau 800
Montréal (QC) H3B 4G7

Nous vous invitons également à communiquer

par courrier électronique avec l'auteur :
stephane.rioux@ssss.gouv.qc.ca